

Encuesta de Nebraska Lifespan Respite para Cuidadores de Familia

¡Bienvenidos a la encuesta de Lifespan Respite! Respite es cuidado planeado o de emergencia provisto a niños o adultos con necesidades especiales, otorgando alivio temporal para los cuidadores de familia que cuidan de este niño o adulto (definición tomada de la página web ARCH). Su opinión y participación al completar esta encuesta es valorada y vital. La encuesta tomara alrededor de 15 minutos para ser completada. Al terminar esta encuesta, tendrá la opción de proveer su información de contacto para un posible incentivo (tarjeta de regalo de \$25). ¡Gracias!

Articulos en esta encuesta fueron adaptados de las siguientes fuentes: ARCH, REST Caregiver Respite Survey, George & Gwyther, 1986 and Perline, et al., 1990

1. Por favor seleccione su nivel de satisfacción con los servicios de Respite Care.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy De acuerdo
Estoy satisfecho en general con los de servicios Respite Care que he recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho con la facilidad para encontrar un proveedor de Respite Care.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy satisfecho con el cuidado brindado a beneficiarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Por cuánto tiempo ha venido recibiendo servicios del Respite Care?

- Menos de 2 meses 2-6 Meses 6-11 Meses
 1-5 años Más de 5 años

3. En promedio, ¿Cuántas horas pagadas de Respite Care recibe al mes?

- 1-3 horas 4-6 horas 7-10 horas
 10-15 horas Más de 15 horas

4. ¿Cuántas horas de Respite Care que recibe no son pagadas (voluntarios, miembros de familia, etc.)?

5. ¿Es suficiente la cantidad de tiempo que usted recibe de Respite Care para cubrir sus necesidades?

- No en lo absoluto Ligeramente Un tanto Moderadamente
 Suficiente Bastante Extremadamente

6. ¿Cuántas horas al mes de Respite Care serían ideales? _____

7. Por favor califique sus experiencias con los siguientes:

	Nada estresado	Algo estresado	Moderadamente estresado	Muy estresado	Extremadamente estresado
<i>Antes de recibir Respite Care, ¿Qué tan “estresado” se encontraba como resultado de cuidar de su familiar?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ahora que recibe ayuda del Respite Care, ¿Qué tan “estresado” se encuentra como resultado de cuidar de su familiar?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si el Respite Care llegara a terminar, ¿Qué tan “estresado” se encontraría como resultado de cuidar de su familiar?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Individuos que están estresados pueden experimentar algunos de los siguientes síntomas: dolor de cabeza, tensión muscular o dolor, dolor de pecho, fatiga, cambios en su deseo sexual, malestar estomacal, problemas para dormir, ansiedad, inquietud, falta de motivación o enfoque, irritabilidad o ira, tristeza o depresión.

	Dolor de cabeza	Tensión muscular o dolor	Dolor de pecho	Fatiga	Cambios en su deseo sexual	Malestar estomacal	Problemas para dormir	Ansiedad	Inquietud	Falta de motivación o enfoque	Irritabilidad o ira	Tristeza o depresión
<i>Antes de recibir apoyo de Respite Care, ¿Cuáles síntomas usted experimentó?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ahora que usted recibe apoyo del Repite Care, ¿Cuáles síntomas usted experimenta?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Por favor díganos acerca de su salud en relación con su responsabilidad como cuidador. “Salud” se refiere a salud física, mental y/o emocional:

	No en lo absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<i>Antes de Respite Care, ¿Sus responsabilidades como cuidador contribuyen con algún problema de salud que pudiese haber tenido?</i>	<input type="radio"/>				
<i>Ahora que recibe Respite Care, ¿Sus responsabilidades como cuidador contribuyen con algún problema de salud que pudiese tener?</i>	<input type="radio"/>				
<i>Si, Respite Care terminará, ¿sus responsabilidades como cuidador contribuirían con algún problema de salud que tuviera?</i>	<input type="radio"/>				

10. Si usted es parte de una relación, por favor díganos acerca de su relación con su pareja:

	No en lo absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<i>Antes de Respite Care, ¿Fue tensa su relación con el beneficiario debido a sus responsabilidades como cuidador?</i>	<input type="radio"/>				
<i>Ahora que recibe Respite Care, ¿Es tensa su relación con el beneficiario debido a sus responsabilidades como cuidador?</i>	<input type="radio"/>				
<i>Si Respite Care terminara, ¿Sería tensa su relación con el beneficiario debido a sus responsabilidades como cuidador?</i>	<input type="radio"/>				

11. Por favor díganos acerca de la relación con el miembro de su familia al que cuida (Beneficiario):

	No en lo absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<i>Antes de Respite Care, ¿Fue tensa su relación con el beneficiario debido a sus responsabilidades como cuidador?</i>	<input type="radio"/>				
<i>Ahora que recibe Respite Care, ¿Es tensa su relación con el beneficiario debido a sus responsabilidades como cuidador?</i>	<input type="radio"/>				
<i>Si Respite Care terminara, ¿Sería tensa su relación con el beneficiario debido a sus responsabilidades como cuidador?</i>	<input type="radio"/>				

12. Por favor díganos acerca de las oportunidades y tiempo para participar en actividades sociales/recreacionales de su elección:

	No en lo absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
<i>Antes de Respite Care, ¿Tuvo usted suficientes oportunidades y tiempo para participar en actividades sociales/recreacionales de su elección?</i>	<input type="radio"/>				
Ahora que recibe servicios de Respite Care, ¿Tiene usted suficientes oportunidades y tiempo para participar en actividades sociales/recreacionales de su elección?	<input type="radio"/>				

Si Respite Care <i>terminará</i> , ¿Tendría usted suficientes oportunidades y tiempo para participar en actividades sociales/recreacionales de su elección?	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

13. Por favor comparta sus pensamientos acerca de posibles lugares fuera del hogar para el cuidado del beneficiario:

	No	Si
<i>Antes</i> de recibir Respite Care, ¿Consideró un lugar fuera de su hogar como, hogar de ancianos, u otro lugar donde el beneficiario reciba asistencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ahora</i> que recibe Respite Care, ¿Considera un lugar fuera de su hogar como, hogar de ancianos, u otro lugar donde el beneficiario reciba asistencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si Respite Care <i>terminará</i> , ¿Consideraría un lugar fuera de su hogar como hogar de ancianos, u otro lugar donde el beneficiario reciba asistencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muchas veces lugares fuera del hogar podrían ser deseados o inevitables para una familia o miembros de una familia que reciben cuidado. ¿Diría usted que un lugar fuera de su hogar es deseable o inevitable para el beneficiario en los siguientes seis meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Ahora le quisiéramos preguntar acerca de sus finanzas:

	Mejor	Lo mismo	Peor	Elijo no responder
<i>Antes</i> de recibir Respite Care, ¿Qué tan bien les iba financieramente a usted y su familia comparado con otra gente de su misma edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ahora</i> que usted recibe Respite Care, ¿Qué tan bien cree que le está yendo a usted y su familia comparado con otra gente de su misma edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si Respite care <i>terminará</i> , ¿Qué tan bien cree que le iría a usted y a su familia comparado con otra gente de su misma edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Las siguientes preguntas son acerca de los gastos en el hogar y su nivel de vida. Piense en cómo estaban sus finanzas *justo antes* de empezar a cuidar de su familiar.

	Mucho menos ahora	Un poco menos ahora	Lo mismo	Un poco más ahora	Mucho más ahora
Comparado con aquel tiempo, ¿Cómo describiría su ingreso total considerando todas las fuentes de ingreso posibles?	<input type="radio"/>				
Comparado con aquel tiempo, ¿Cómo describiría sus gastos mensuales?	<input type="radio"/>				

16. En general, ¿Cómo se resuelven las finanzas de su familia al final del mes?

- No son lo suficientes para llegar al fin de mes
 Justo lo suficiente para llegar al fin de mes
 Sobra algo de dinero

17. ¿Cuáles son sus gastos mensuales no-reembolsados destinados a Respite? _____

18. ¿Cuál es el monto total de sus gastos extras mensuales como cuidador (no incluyendo Respite)? Por ejemplo: cuidado diario de adultos, cuidado en el hogar pagado, transportación para el cuidado, gastos médicos extras.

19. Mi familia recibe servicios Respite Care a través de:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Subvención de Lifespan Respite | <input type="radio"/> Administración de veteranos |
| <input type="radio"/> SSI/Programa de incapacidad infantil | <input type="radio"/> Pago privado |
| <input type="radio"/> Beca de Alzheimer | <input type="radio"/> Iglesia u organización basada en la fe |
| <input type="radio"/> Medicaid | <input type="radio"/> Agencia local del área de la edad |
| <input type="radio"/> Seguro médico privado | <input type="radio"/> Incapacidad del desarrollo (DD) Exención |
| <input type="radio"/> Seguro de a largo plazo | <input type="radio"/> Exención de Envejecimiento & Discapacidad (A&D) |
| <input type="radio"/> Otro (Por favor especifique) _____ | |

20. Soy el cuidador familiar de mí

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Esposo(a) /Pareja | <input type="radio"/> Hijo (a) | <input type="radio"/> Padre o Madre |
| <input type="radio"/> Abuelo (a) | <input type="radio"/> Niño(a) en custodia | <input type="radio"/> Hermano (a) |
| <input type="radio"/> Amigo | <input type="radio"/> Otro (Por favor especifique) _____ | |

21. ¿Cuántos años tiene el cuidador principal de la familia?

- | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 14-19 años | <input type="radio"/> 19-25 años | <input type="radio"/> 25-30 años |
| <input type="radio"/> 30-35 años | <input type="radio"/> 35-40 años | <input type="radio"/> 40-45 años |
| <input type="radio"/> 45-50 años | <input type="radio"/> 50-55 años | <input type="radio"/> 55-60 años |
| <input type="radio"/> 65+ años | <input type="radio"/> la misma edad del beneficiario _____ | |

22. ¿Cuántos años tiene el beneficiario primario?

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Menor de 19 años | <input type="radio"/> 19-25 años | <input type="radio"/> 25-30 años |
| <input type="radio"/> 30-35 años | <input type="radio"/> 35-40 años | <input type="radio"/> 40-45 años |
| <input type="radio"/> 45-50 años | <input type="radio"/> 50-55 años | <input type="radio"/> 55-60 años |
| <input type="radio"/> 65+ años | <input type="radio"/> La misma edad del cuidador familiar primario _____ | |

23. ¿Cuál es el total de su ingreso familiar anual (de todas las fuentes juntas)?

- \$0-\$9,999
 \$10,000 to \$19,999
 \$20,000 to \$29,999
 \$30,000 to \$39,999
 \$40,000 to \$49,999
 \$50,000 to \$59,999
 Mas de \$60,000

24. Por favor marque los diagnósticos médicos del beneficiario (marque todos los que aplican)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer/Demencia | <input type="radio"/> SIDA |
| <input type="radio"/> Discapacidad auditiva/ ayuda auditiva | <input type="radio"/> Artritis |
| <input type="radio"/> Autismo/Trastorno del espectro Autismo | <input type="radio"/> Retraso en el desarrollo |
| <input type="radio"/> Enfermedad coronaria | <input type="radio"/> Discapacidad intelectual |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Parálisis cerebral |
| <input type="radio"/> Insuficiencia cardiaca | <input type="radio"/> Fibrosis quística |
| <input type="radio"/> Anormalidad de las cromosomas | <input type="radio"/> Depresión |
| <input type="radio"/> Lesión cerebral- Paro cardiaco/CVA | <input type="radio"/> Trastorno del sistema digestivo |
| <input type="radio"/> Lesión cerebral-TBI | <input type="radio"/> Síndrome de alcohol en el feto |
| <input type="radio"/> Condiciones del corazón | <input type="radio"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="radio"/> Distrofia muscular | <input type="radio"/> Enfermedad neurodegenerativa |
| <input type="radio"/> Discapacidad ortopédica | <input type="radio"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="radio"/> Falla renal | <input type="radio"/> Trastornos convulsivos |
| <input type="radio"/> Trastorno del habla y el lenguaje | <input type="radio"/> Trastorno/ Lesión espinal |

25. Por favor marque las necesidades de conducta y/o emocionales del beneficiario que requieren supervisión: (marque todos los que aplican)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> ADD/ADHD | <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Trastorno reactiva de la vinculación |
| <input type="radio"/> Trastorno bipolar | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Auto-agresión |
| <input type="radio"/> Hiperactividad | <input type="radio"/> Enfermedad mental | <input type="radio"/> Agresividad física |
| <input type="radio"/> No verbal | <input type="radio"/> Extravío | <input type="radio"/> Berrinches/rabietas |

26. Etnicidad del cuidador familiar

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Nativo Americano | <input type="radio"/> Afro Americano | <input type="radio"/> Hispano |
| <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Caucásico | <input type="radio"/> De las Islas del Pacifico |
| <input type="radio"/> Bi-racial | <input type="radio"/> Otro (Por favor especifique) _____ | |

27. Estado civil del cuidador familiar

- Casado (a) Soltero Divorciado (a)
 Compañero de vida convivencia Viudo (a) Separado (a)
 Otro (Por favor especifique) _____

Apoyado en parte por la Administración federal del DHHS para la vida en comunidad, Programa de Integración de CDAP-Lifespan Respite fondos otorgado al Departamento de Salud de Nebraska y Servicios Humanos. (09LI008-02-00).

